

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 81

TRAITEMENT
DE LA
CHORÉE AIGUË
PAR LE SALICYLATE DE SOUDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1931

PAR

Mathieu-Sébastien-Jean-André AMIGUES

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à l'ILE-NOU (Nouvelle-Calédonie), le 5 décembre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	Président.
		ABADIE, professeur.....	Juges.
		AUBERTIN, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 81

TRAITEMENT

DE LA

CHORÉE AIGUË

PAR LE SALICYLATE DE SOUDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1931

PAR

Mathieu-Sébastien-Jean-André AMIGUES

Elève du Service de Santé de la Marine.

Né à l'ILE-NOU (Nouvelle-Calédonie), le 5 décembre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	Président.
		ABADIE, professeur.....	Juges.
		AUBERTIN, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHÉ.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Peuiculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

MONSIEUR MATHIEU MICHELI

Pharmacien des Troupes coloniales.

Il fut pour moi un exemple que je ne saurais oublier.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA TANTE ET A MES PARENTS

Je les unis dans une commune affection, et ma reconnaissance est grande pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour mon bonheur.

A MA GRAND'MERE

A TOUS MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL TRAISSAC

*Ancien Interne des hôpitaux,
Chef de la Clinique médicale infantile.*

Je le remercie de ses conseils éclairés
et de l'aide que j'ai reçus pour mon
ouvrage.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'École principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de Clinique médicale des maladies
des enfants à la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu me faire l'honneur de
présider ma thèse.

TRAITEMENT

DE LA

CHORÉE AIGUË

PAR LE SALICYLATE DE SOUDE

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce modeste ouvrage, d'étudier les motifs qui sont en faveur d'un traitement salicylé de la chorée et de la confronter ensuite, ces déductions basées sur l'étiologie et la pathogénie, avec les résultats qui ont été déjà publiés.

Nous avons suivi le plan suivant :

- I. — Historique.
- II. — Etiologie et pathogénie.
- III. — Les traitements divers.
- IV. — Le salicylate de soude au point de vue thérapeutique et physiologique et le traitement salicylé.
- V. — Observations.

Nous sommes heureux, en tête de cet ouvrage, de remercier notre maître M. le Professeur Cruchet, de l'enseignement que nous avons reçu dans son service et de nous avoir inspiré notre thèse et aidé dans notre travail. Notre reconnaissance va également à M. Traissac, chef de clinique, qui nous a souvent conseillé et qui nous fit toujours le meilleur accueil.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le nom de Danse de Saint-Guy, dont le terme scientifique chorea sancti Viti n'est que la traduction, a été donné à des époques reculées à une série de maladies ayant comme caractéristique essentielle des troubles moteurs choréiformes. Ce terme fut appliqué indistinctement à toutes les affections au cours desquelles on trouvait des mouvements involontaires ou désordonnés, lors même qu'aucun d'eux ne rappelait les gestes des danseurs.

Sydenham qui, comme le dit Trousseau, ne se piquait point d'érudition, décrivit cette névrose et lui réserva le nom de chorea Santi Viti. L'exactitude de son travail rallia bientôt les médecins à ses idées.

Il faut attendre la seconde moitié du ^{xvii}^e siècle pour que l'école anglaise avec Sydenham fasse progresser l'étude de la chorée. Pendant la fin du ^{xvii}^e siècle et le ^{xviii}^e, la confusion continue. L'Angleterre reste sur les travaux de Sydenham. En France on ne s'occupe point de la question, Lieutaud va même jusqu'à nier la chorée. En Allemagne la confusion continue et est aggravée par l'erreur qui fit que l'on considéra comme une épidémie de chorée une épidémie d'ergotisme convulsif survenue en 1770 pendant une année de disette où l'on consumma du seigle ergoté, Wichmann rétablit la vérité.

L'histoire contemporaine de la chorée commence en France en 1809. Un modeste praticien de province, le docteur Bouteille de Manosque adressa à la Société de médecine de Paris

un mémoire sur lequel Bayle fit un rapport élogieux le 9 juillet 1809. La chorée était bien décrite et il établit une classification en chorées essentielles, chorées secondaires, chorées fausses.

Le dernier G. Sée fit une monographie qui est restée classique, car elle est basée sur l'observation, la statistique et l'examen critique des faits.

C'est depuis Germain Sée que l'étude de l'étiologie de la chorée est entrée dans une voie scientifique. Auparavant les auteurs en faisaient une névrose essentielle, ce qui revenait à expliquer par une définition une étiologie qui leur échappait. Germain Sée note les lésions cardiaques. Après lui il faut attendre Scraeder, Letulle, Weill, Anglade et plus près de nous Pierre Marie et Lhermitte puis Lhermitte et Pagniez pour que soient bien étudiées les lésions de l'encéphale à l'aide du microscope. Ces nouvelles bases anatomiques permirent alors d'émettre des théories plus conformes à la réalité.

La thérapeutique de la chorée en suivait l'étiologie et comme elle variait avec chaque auteur.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Quelles sont à l'heure actuelle, nos conceptions sur la nature exacte de la chorée ? Nous ne nous occuperons que des chorées des jeunes sujets, dont la plus fréquente est la chorée de Sydenham dans son type pur. Nous laisserons de côté la chorée chronique héréditaire des adultes, décrite par Huntington et qui jusqu'à présent paraît être au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Les facteurs secondaires sur lesquels on insistait beaucoup autrefois, comme le froid n'ont guère d'importance. Les cas attribués à la frayeur, à l'imitation relevaient sûrement du pithiatisme. L'adolescence et le sexe féminin jouent un rôle prédisposant capital, mais on n'en peut tirer aucune conclusion sur la nature de la maladie.

Ce sujet a amené de nombreuses controverses. Actuellement encore l'accord sur ce point n'est pas fait et quatre théories s'affrontent. Ces théories se basent sur des faits anatomiques et cliniques et malgré certaines divergences elles ont de nombreux points communs.

Les faits cliniques sont les plus anciennement connus, les faits anatomiques, basés sur l'étude histologique, sont récents.

J. Lhermitte et L. Pagniez, dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris* du 8 juillet 1929, résument dans un article intitulé « Les lésions cérébrales dans la chorée de Sydenham à forme aiguë » les connaissances sur l'anatomie pathologique de la chorée.

Ils disent que « dans l'ensemble des cas, ce qui frappe c'est la diffusion des altérations et aussi la prédominance de celles-ci sur certaines régions de l'encéphale.

» Aucune région n'a conservé intégralement sa structure normale. Les lésions frappent cependant davantage certaines formations anatomiques, et cette prédominance régionale offre, on le conçoit, un grand intérêt au point de vue pathogénique. »

Les segments encéphaliques qui s'avèrent le plus fortement modifiés sont, d'une part le système cérébelleux et d'autre part le segment sous-thalamique avec ses formations spéciales : locus viger, noyau rouge, corps de Luys et surtout segment putamino-caudé des corps striés. Ces lésions du segment putamino-coudé des corps striés étant la règle, il est évident que ce sont elles qui jouent le plus grand rôle dans la pathogénie de la chorée, et l'on peut même aller jusqu'à dire que parmi les nombreuses lésions observées ce sont les seules spécifiques.

Mais si le segment sous-thalamique est à peu près uniformément lésé, le système cérébelleux n'est pas atteint identiquement dans toutes ses parties : certains centres cellulaires particulièrement importants, olives bulbaires, noyaux dentelés du cervelet et cellules de Purkinje présentent des neurones en désintégration très marquée; les cellules du pont, origine des pédoncules cérébelleux moyens, offrent au contraire une intégrité relative.

Si nous considérons les lésions que nous venons de décrire au point de vue de leur nature, nous voyons que ces lésions sont sans contestation possible de nature essentiellement dégénérative.

D'autre part, on découvre aussi à l'autopsie des choréiques des réactions vasculaires exudatives, caractéristique du processus inflammatoire. Ces lésions siègent un peu partout dans l'encéphale et souvent aussi au niveau des méninges. De plus, et c'est là une lésion qui semblerait indiquer l'origine infectieuse de cette catégorie de lésions, on trouve des nodules dits

toxi-infectieux que l'on rencontre dans un grand nombre de maladies aiguës qui frappent le système nerveux (typhus par exemple).

Les deux auteurs concluent dans un article qu'ils publient en collaboration (Anatomie et physiologie pathologique de la chorée de Sydenham, *Encéphale*, de janvier 1930) :

« Les chorées aiguës se présentent donc à l'anatomiste sous une double face inflammatoire et dégénérative. Les deux variétés de chorée qui s'opposent ainsi très franchement par leur base anatomique, répondent-elles à des maladies différentes, c'est-à-dire ne possédant ni même agent étiologique, ni même symptomatologie, ni même évolution ?

C'est en ces termes mêmes que se trouve posé le problème de l'étiologie de la chorée que quatre théories prétendent résoudre. Chacune d'elle a des arguments qui sont exacts et de chacune on peut tirer des conclusions qui coïncident bien avec les faits observés; mais par contre chacune laisse sans explication des faits qu'une autre théorie éclaire très bien.

Ces théories sont :

- I. — Théorie rhumatismale de la chorée;
- II. — Chorée encéphalitique;
- III. — Chorée hérédo-syphilitique;
- IV. — Chorée produite par un virus neurotrope spécifique.

I. — Chorée rhumatismale.

C'est une théorie qui depuis Germain Sée a rallié quantité d'auteurs. C'est Bouteille qui le premier a entrevu ces rapports.

En 1850, Roth, Botrel et G. Sée étudient les rapports du rhumatisme et de la chorée.

Germain Sée dit : « Il y a une chorée essentielle et une chorée symptomatique. La chorée essentielle, véritable névrose, est rare. Dans la majorité des cas la chorée est un symptôme d'une maladie locale ou générale, parmi les maladies qui la

produisent le plus fréquemment se trouve en premier lieu le rhumatisme que l'on rencontre deux fois sur quatre. »

Il fait de la chorée un rhumatisme nerveux en disant : « Le rhumatisme nerveux se caractériserait en certains cas par des contractures comme dans d'autres occasions plus fréquentes il s'annonce sous forme de chorée. »

Henri Roger est encore plus affirmatif : « Il y a non seulement liaison, mais identité de nature entre ces deux maladies. L'enfant rhumatisant est toujours menacé de près ou de loin par la chorée; de même que l'enfant choréique est toujours sous le coup d'une atteinte rhumatismale plus ou moins prochaine. De plus, l'une et l'autre de ces affections ont pareillement tendance à se compliquer de phlegmasies cardiaques ». Il crée le terme de chorée rhumato-cardiaque, « rhumatisme, chorée et maladie de cœur étant bien les trois termes d'une même idée pathologique ».

Sur cinquante-huit observations, l'auteur a pu voir les groupements et l'ordre de succession suivant :

- Rhumatisme, cœur, chorée;
- Rhumatisme, chorée, cœur;
- Chorée, rhumatisme, cœur;
- Chorée, rhumatisme, chorée, cœur, etc.

Il établit entre ces deux maladies une identité de nature et non pas coïncidence chez un même malade de deux affections.

Trousseau, notant les lésions cardiaques des choréiques, dit : « Les lésions organiques rhumatismales du cœur, trouvées à l'autopsie des choréiques, sont la preuve matérielle des rapports qui existent entre le rhumatisme et la danse de Saint-Guy ».

Jules Simon, Meyer, Cadet de Gassicourt, soutiennent cette théorie.

Actuellement il est indéniable que dans beaucoup de cas de rhumatisme est intimement lié à l'apparition et à l'évolution de la chorée. Des arguments cliniques et anatomiques viennent à l'appui de cette théorie.

a) ARGUMENTS CLINIQUES.

Dans beaucoup de chorées, il existe des complications cardiaques et elles sont tellement fréquentes qu'on les considère souvent comme faisant partie du tableau symptomatique de la chorée.

Les deux maladies ont en outre des localisations articulaires très semblables dans leur évolution : mêmes symptômes douloureux, fébriles, même atteinte successive de plusieurs articulations.

Il faut noter aussi en faveur de cette identité des deux maladies l'alternance qu'elles présentent chez un même malade et que nous avons déjà noté ainsi qu'une commune tendance aux rechutes.

Enfin une statistique imposante que publie M. L. Babonneix dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* du 10 septembre 1923, ajoute encore un argument en faveur de cette théorie :

Pour MM. West, Trousseau, Hutinel et Babonneix, la chorée est rhumatismale dans 33 p. 100 des cas;

Pour Marfan et Legay, dans 43 p. 100;

Pour Germain Sée, dans 47 p. 100;

Pour Mayer, dans 80 p. 100;

Pour Botrel, dans 100 p. 100.

b) ARGUMENTS ANATOMIQUES.

Le souffle cardiaque et le souffle choréique ne peuvent se distinguer à l'auscultation. Mais cette similitude d'effets pathologiques pourrait être due à des lésions différentes entre elles. Or il n'en est rien. Les découvertes d'autopsie que fit Scroeder et que confirmèrent Fraenkel, Rotschild, Thalheimer, et surtout Letulle et P. Weill, semble confondre encore plus les deux maladies : en effet ces auteurs ont trouvé dans le myocarde de certains choréiques des nodules d'Ashoff con-

sidérés comme caractéristique du rhumatisme articulaire aigu.

De plus, les lésions inflammatoires que produit la chorée sur l'encéphale sont très étroitement apparentées à celle que produit la localisation cérébrale du rhumatisme qui est quelquefois mortelle.

II. — Chorée encéphalitique.

Babonneix, dans *Paris médical* du 6 octobre 1923, étudie les rapports de la chorée et de l'encéphalite. Il réunit plusieurs arguments qui font de la chorée et de l'encéphalite deux maladies très voisines :

a) ARGUMENTS CLINIQUES.

1° Analogies très grandes entre les mouvements de la chorée et les mouvements involontaires de l'encéphalite léthargique, rapprochement qu'avait fait également notre Maître le Professeur Cruchet.

2° Apparition possible, au cours de la chorée, de paralysies flasques, de parésies rappelant celles que l'on observe si souvent dans l'encéphalite.

3° Existence dans certaines chorées aiguës de troubles mentaux, ce que font également les encéphalites de l'enfance.

4° Début de certaines chorées franches par de la somnolence.

5° Identité d'évolution des chorées graves et de certaines encéphalites.

6° Fréquence des rechutes dans les unes comme dans les autres.

7° Existence de chorées gravidiques de tous points superposables aux encéphalites gravidiques.

b) ARGUMENTS D'ORDRE ANATOMIQUE.

1° Même siège général des lésions aux ganglions de la base (P. Marie et Trétiakoff).

2° Mêmes aspects histologiques.

c) ARGUMENTS D'ORDRE BIOLOGIQUE.

Dans un cas de chorée aiguë fébrile terminée par la mort, MM. Harvier et Levaditi ont pu, en inoculant des centres nerveux au lapin, réaliser une méningo-encéphalite transmissible en série, présentant les mêmes lésions histologiques que l'encéphalite léthargique et qui produisait chez les animaux inoculés des mouvements choréiques localisés aux membres.

d) ARGUMENTS D'ORDRE NOSOLOGIQUE.

1° Prédilection de la chorée et de l'encéphalite pour la période gravidique et dans ce cas intensité très grande.

2° Développement fréquent de l'encéphalite léthargique chez des femmes enceintes ayant été atteintes jadis de chorée vraie.

Mais tous ces faits qui semblent rapprocher la chorée de l'encéphalite ne sont pas toujours probants et si les deux affections ont un de ces points commun, sur beaucoup d'autres points il existe des différences :

1° La maladie ne frappe pas le même âge;

2° Le début de la chorée est progressif; l'encéphalite a un début brusque et fébrile;

3° Enfin, et surtout, la chorée est souvent précédée d'une crise de rhumatisme articulaire aigu et elle est accompagnée ou suivie d'endopéricardite nette. Dans l'encéphalite léthargique, douleurs articulaires et cardiopathies sont la rarissime exception.

Ces différences font que l'on ne peut admettre que difficilement et pour un nombre de cas très particuliers cette origine de la chorée par le virus de l'encéphalite.

III. — Chorée hérédo-syphilitique.

C'est Milian qui impute à l'hérédo-syphilis le développement de la chorée; il appuie son opinion sur des arguments d'ordre étiologique, clinique et thérapeutique.

a) ARGUMENTS ÉTIOLOGIQUES.

Dans les antécédents héréditaires des jeunes malades on découvre souvent une syphilis des ascendants, dont l'existence est démontrée soit par des aveux, soit par des symptômes cliniques, soit par des examens de laboratoire.

b) ARGUMENTS CLINIQUES.

On trouve chez les choréiques des stigmates admis comme signes d'hérédo-syphilis : déformation osseuse, retards ou anomalies de développement, etc.

Les manifestations de la chorée ne sont pas en contradiction avec une idée de syphilis : en effet, cette maladie frappe souvent le système nerveux et y produit des paralysies, des hémiplegies et souvent l'hémorragie cérébrale; de plus, les endocardites spécifiques existent et enfin la fièvre a souvent été notée dans la syphilis secondaire.

c) ARGUMENTS THÉRAPEUTIQUES.

L'arsenic, le mercure et l'antimoine, tous trois spécifiques du traitement de la syphilis, agissent sur la chorée.

Mais de nombreuses objections viennent diminuer beaucoup la valeur de cette théorie.

Si parmi les choréiques il y a des hérédo-syphilitiques, il n'est pas prouvé (recherches de Guillain et Triboulet) que les hérédo-syphilitiques soient spécialement atteints par la chorée.

Les lésions discrètes et localisées de la chorée sont nettement différentes des grosses lésions méningées et encéphaliques diffuses de la syphilis.

La syphilis ne produit pas de phénomènes généraux aussi intenses que ceux de la chorée qui offrent bien le type infectieux.

Les réflexes dont la chorée n'altère pas le jeu normal sont au contraire les premiers atteints par la syphilis nerveuse.

Des enfants choréiques et hérédo-syphilitiques soumis aux

traitements différents des deux maladies, guérissent de leur chorée, tandis que les réactions sérologiques sont encore positives.

De tous ces arguments on peut déduire que la syphilis n'est agent direct de la chorée que dans des cas très rares, peut-être même la syphilis se contente-t-elle d'avoir une action prédisposante sans plus.

IV. — Chorée due à un virus filtrant neurotrope spécifique.

Tout dernièrement, à la suite de nouvelles polémiques engagées à propos de la chorée, MM. Nobécourt et H. Tinel ont soutenu une nouvelle théorie qui considère la chorée comme une affection neurotrope à virus spécial.

M. Tinel dit : « Si le virus de l'encéphalite léthargique peut provoquer un syndrome choréique à localisation accidentelle sur les centres opto-striés, la chorée de Sydenham doit cependant en être distinguée et conserver son autonomie... Il suffit de rappeler la longue histoire de la chorée dans nos pays antérieurement à l'invasion de l'encéphalite pour conclure à sa spécificité certaine. Mais le problème est d'autant plus intéressant que les agents de la polyomyélite et de l'encéphalite, comme l'agent encore inconnu de la chorée, sont vraisemblablement des virus assez voisins les uns des autres, jouissant d'une même affinité neurotrope et tirant surtout leurs caractéristiques cliniques de leur localisation élective sur certains centres nerveux en particulier ». M. le Professeur Nobécourt soutenant une thèse identique et partant du principe que, d'une part la chorée semble bien autonome, d'autre part que le rhumatisme, l'encéphalite léthargique, l'hérédo-syphilis, ne suffisent pas à expliquer tous les cas de chorée, estime que la chorée est une affection spécifique, à virus neurotrope voisin de ceux qu'il a récemment isolés avec MM. Janet, Garoin et Kermorgant.

CHAPITRE III

LES TRAITEMENTS DE LA CHOREE

L'évolution de la thérapeutique a naturellement suivi celle des idées.

Avant d'étudier le traitement de la chorée par le salicylate de soude, nous allons passer rapidement en revue les divers médicaments qui ont été donnés jusqu'à ce jour.

A l'époque pré-médicale, les médecins étaient représentés par des prêtres qui, pour guérir ces malades contorsionnistes, considérés à cette époque comme des possédés du démon, avaient recours à des adjurations à la divinité ou au démon et la sommaient de sortir du corps du malheureux mortel. Le malade était ensuite soumis à des jeûnes, des exorcismes, etc.

Hippocrate traita ces malades avec les médications en usage à cette époque : balnéations, diètes, vomitifs, exercices hygiéniques, enfin, ellébore blanc, alors spécifique de la folie.

Au moyen âge, les choréiques étaient traités comme des énergumènes indésirables : par l'eau bénite, les exorcismes et tout autres moyens qu'on possédait alors contre les possédés; la justice même intervenait. Enfin, les pèlerinages en Saxe, aux reliques de saint Vit, furent un dernier mode thérapeutique de traiter la chorée.

Avec Paracelse, de Bâle, prend fin la thérapeutique des miracles. Il traite la maladie par la panacée : Aureum vitæ, mélange d'or et de sublimé; on lui attribue aussi le traitement de ces maladies par la musique et la danse.

A l'époque de Sydenham et de Bouteille, nous voyons employer successivement :

Les purgatifs, prônés par Sydenham, Stark et Macquart;

Les vomitifs, par Cheine;

Les toniques, en particulier le quinquina, qui, avec la saignée et la purgation, constituaient la méthode de Sydenham.

Enfin furent administrés les antispasmodiques, le camphre, l'assa foetida, la cascarille, le gui, la valériane, puis la belladone, employée pour la première fois par Stoll, enfin, l'opium et la cardamine.

Quelques médicaments minéraux furent aussi employés, en particulier le fer, le cuivre et les préparations mercurielles.

Nous arrivons ensuite à l'époque contemporaine, pendant laquelle ont été découverts et prescrits divers nouveaux agents thérapeutiques.

Le chloral qui, à des doses suffisantes, a des propriétés hypnotiques et anesthésiques telles que les réflexes sont abolis ou considérablement diminués et que le malade ne réagit plus, même mécaniquement.

Il fut conseillé par Charcot et employé systématiquement par Joffroy.

Le chloral étant un médicament toxique et de plus contre-indiqué dans les affections cardiaques, on devra lui substituer, dès que l'effet sédatif sera obtenu, le bromure de potassium, qui diminue l'excitabilité psycho-motrice sans déterminer l'hypnose. Mais il anémie rapidement le malade et fatigue l'estomac. Il ne faut donc pas l'employer longtemps, et il en résulte que sa valeur thérapeutique, au point de vue chorée, est toute relative.

MM. Babinski et Thiemich ont préconisé l'emploi du bromhydrate de scopolamine, qui exerce une action paralysante sur les centres nerveux, diminue l'excitabilité de l'écorce cérébrale, enfin, est un véritable hypnotique. Les auteurs l'ont employé avec succès en injections sous-cutanées, aux

doses de deux à cinq dixièmes de milligramme par jour, dans des chorées graves où toute autre thérapeutique avait échoué.

Le gardénal a été conseillé. On peut lui associer la belladone sous forme d'extrait total.

Nous ne signalerons que pour mémoire la strychnine et l'extrait thyroïdien, qui n'ont pas conquis droit de cité dans le traitement de la chorée.

Après ces médicaments, on cite : l'émétique, employé d'abord par Gillette à des doses formidables, puis par Cadet de Gassicourt à la dose de 20, 30 centigrammes; enfin par Laënnec, qui l'employait en association avec l'opium. Mais c'est un médicament dangereux, dont il faut surveiller l'emploi et qui sera réservé aux chorées graves où il convient d'agir vite et énergiquement.

Deux autres médications nous retiendront un peu plus longtemps : l'arsenic et ses dérivés et l'antipyrine.

TRAITEMENT PAR LES PRÉPARATIONS ARSENICALES.

Parmi les nombreuses préparations arsenicales, il en est de plus employées que d'autres; ce sont, en particulier, la Liqueur de Boudin et les arsénobenzols.

Préconisée par Aran, puis reprise par son élève, Siredey, et par Comby, la Liqueur de Boudin est employée par ces auteurs à fortes doses pendant peu de temps, pour éviter les phénomènes d'accumulation. Comby apporte à l'appui de la méthode 300 observations, il n'a eu qu'un seul cas de polynévrite arsenicale.

A côté de ce traitement se place celui par les arsénobenzols et, en particulier, par le Salvarsan intra-veineux préconisé par le professeur P. Marie, qui injecte des doses de 20 à 25 centigrammes, les injections étant répétées chaque semaine.

TRAITEMENT PAR L'ANTIPYRINE.

Essayée pour la première fois en 1897 par Wollmar (de Munich) et Legroux, l'antipyrine a été employée d'une façon

générale par Comby qui l'administra par voie gastrique à doses élevées, 2 grammes par jour pour commencer, puis 3 et 4 grammes. On baisse dès l'apparition de l'amélioration.

Cette médication est contre-indiquée en cas de troubles digestifs et de lésions rénales.

Il semble que ce médicament, excellent dans les chorées légères, soit insuffisant dans les chorées graves.

CHAPITRE IV

LE TRAITEMENT SALICYLE

De l'étude de l'étiologie et de la pathogénie que nous avons faite au chapitre II, nous pouvons retenir que la chorée pourrait être occasionnée :

- 1° par le virus de l'encéphalite épidémique;
- 2° par le virus du rhumatisme articulaire aigu;
- 3° par un virus neurotrope très voisin des deux autres virus et spécifique de la chorée.

Envisageons d'abord théoriquement l'action que pourrait avoir le salicylate de soude dans ces trois hypothèses :

1° Si la chorée est d'origine encéphalitique, le salicylate doit agir efficacement : en effet, les injections intraveineuses de salicylate amènent une amélioration très nette dans de nombreux cas d'encéphalite de l'enfant.

2° Si la chorée est rhumatismale, l'agent thérapeutique qui semble le plus indiqué pour la combattre est encore le salicylate de soude, dont l'efficacité dans le rhumatisme articulaire aigu n'est plus à discuter.

3° Si la chorée est due à un virus filtrant très voisin de ceux de l'encéphalite et du rhumatisme, le salicylate doit presque évidemment être efficace puisqu'il agit dans des maladies très voisines.

Pour toutes ces raisons, le salicylate de soude a été systématiquement employé dans le service de M. le Professeur Cruchet, d'abord par ingestion, puis par voie intraveineuse.

Ce n'est pas une idée nouvelle, elle date d'une quaran-

taines d'années, époque où le traitement salicylé du rhumatisme commençait à se répandre.

M. Dresh le premier, traita certaines chorées par le salicylate de soude, mais, associé au bicarbonate de soude et dans un tout autre but, il pensait que cette médication associée était à la fois solubilisante et éliminatrice, combattait efficacement l'acidose que déterminent les mouvements choréiformes. Il ne parle pas de l'action microbicide du salicylate. Cependant, le malade traité par le salicylate guérit, et, en 1919, Dresh déclare : « Le salicylate constitue la base d'un traitement suffisant des chorées. »

Mais de nombreux auteurs médecins, et en particulier Comby, n'avaient enregistré que des échecs avec la médication salicylée. Ce dernier, passant en revue la thérapeutique de l'époque dans la chorée (*Union médicale* du 7 mars 1893), déclare que le salicylate de soude n'agit pas. Ce fut un des gros arguments des adversaires de l'origine rhumatismale de la chorée.

Il fut employé pour la première fois dans le service de M. le Professeur Cruchet pour une chorée suivant un rhumatisme et compliquée d'accidents cardiaques. Elle paraissait évidemment rhumatismale. Le résultat fut excellent, et la méthode continuée depuis, surtout dans le but d'éviter les endocardites, ou même de les guérir quand elles étaient encore à leur phase aiguë.

Comment expliquer les insuccès d'autrefois ?

Il convient d'étudier l'action physiologique et thérapeutique du salicylate de soude.

Ce médicament se décompose dans l'estomac en acide salicylique, pour se recomposer dans l'intestin en salicylate de soude et être absorbé sous cette forme. De fait, les malades soumis au traitement salicylé ne présentent pas d'acide salicylique dans leur circulation.

Le médicament est éliminé par les excrétions et les sécrétions, mais c'est dans l'urine, sous forme d'acide salicylurique, que s'en retrouve la presque totalité. L'élimination

commence au bout de dix minutes environ et dure vingt-quatre heures pour les petites doses, pendant sept à huit jours pour les doses élevées.

Chez l'homme sain, il n'abaisse pas la température; chez le fébricitant, au contraire, et en particulier dans la fièvre rhumatismale, l'abaissement de température est la règle.

Ce médicament possède une action antiseptique qui l'a fait utiliser dans le traitement de l'encéphalite léthargique : MM. Carnot et Blamoutier traitent deux cas graves, où les injections intraveineuses à 1/20 ou 1/30 font cesser les phénomènes encéphalitiques, qui reprennent lorsque l'on cesse le traitement (*Paris médical*, 24 févr. 1923). M. le Professeur Cruchet prône beaucoup ce médicament dans toutes les affections à virus neurotrope.

Mais la grande propriété du salicylate de soude est l'action spécifique qu'il exerce dans le rhumatisme articulaire aigu et dans les complications de cette affection. Son action sédative dans le rhumatisme semble être double : en premier lieu, une action locale sur la fièvre qui baisse, sur les fluxions qui diminuent et l'inflammation cessant, les douleurs cessent également. Mais le salicylate agit aussi sûrement sur le virus rhumatismal lui-même, les phénomènes infectieux s'atténuent très vite, et la preuve clinique de cet heureux effet est l'abaissement de température d'une part, mais surtout l'amélioration des signes de l'atteinte cardiaque (le souffle s'atténue et quelquefois disparaît). La maladie cessant, on doit admettre que le virus qui la provoquait a été jugulé par la thérapeutique.

D'une toxicité relativement faible, le salicylate de soude n'est contre-indiqué que quand le malade, devant être soumis à la médication, ne possède pas une intégrité fonctionnelle parfaite de ses reins. Encore la néphrite rhumatismale n'est-elle pas une contre-indication.

On a parfois accusé le salicylate d'être la cause d'avortement; aussi est-il bon de surveiller son emploi au cours de la grossesse.

En outre, chez l'enfant, et c'est le cas plus particulier qui nous intéresse, le salicylate est d'une innocuité parfaite; d'autres médicaments, agissant plus énergiquement sur les mouvements choréiques, sont plus toxiques.

Comment faut-il administrer le salicylate de soude ?

Pour obtenir un rendement thérapeutique maximum, il faut observer quatre règles dans le maniement du salicylate de soude :

- 1° Institution précoce du médicament;
- 2° Donner d'emblée une dose suffisante;
- 3° Diminuer progressivement;
- 4° Maintenir une dose minima et faire dans la suite des cures d'entretien.

Ces quatre règles furent édictées pour combattre le rhumatisme, et dans le cas où la chorée est de nature rhumatismale, ce mode thérapeutique est logique. Mais quand on a à traiter une chorée encéphalitique, le traitement doit se limiter à suivre l'évolution de la maladie.

Pour tenter de vaincre la maladie en agissant plus énergiquement, il n'y avait à cette époque que la possibilité d'augmenter la dose de médicament, et cela n'allait pas sans inconvénients.

L'injection intraveineuse de salicylate de soude était considérée alors comme impossible, du moins dans le but d'un traitement, cette injection sclérosant rapidement les veines. Mais lorsqu'il fut établi que l'addition de glucose (3 p. 100) à la solution étendue (3 p. 100) de salicylate était sans danger pour les veines si l'on prenait certaines précautions (aiguilles fines, injections lentes en évitant de sortir de la veine), la médication salicylée méritait d'être essayée à nouveau selon cette nouvelle méthode, d'ailleurs déjà employée avec succès dans les cas graves de rhumatisme et dans l'encéphalite. Toutefois, la prudence conseille de ne pas dépasser pour les injections intraveineuses une dose de 2 grammes par jour, soit, pour la solution à 3 p. 100, 20 cc. le matin et 20 cc. le soir.

Plusieurs auteurs le firent simultanément et firent connaître leurs succès. Le 6 avril 1929 le docteur Lopez Aydillo, élève du Docteur Lafora (Madrid) publie dans *El Siglo Médico* : « Sur les indications de mon maître le Docteur Lafora, qui a communiqué ses essais à l'Académie de médecine et de chirurgie au cours de 1928 on traita dans son service tous les cas de chorée par le salicylate de soude intraveineux selon la formule suivante :

Salicylate de soude	10 g.
Glucose	3 g.
Eau distillée	100 g

» Chaque jour, on fait une injection de 10 cc. jusqu'à la guérison.

» Plus tard, la formule fut modifiée, portant à 15 grammes la quantité de salicylate de soude et à 10 grammes de glucose pour une même quantité de véhicule, afin de se rendre compte d'une augmentation de l'efficacité thérapeutique. L'expérience des cas traités nous porte à croire que le salicylate de soude agit identiquement aux concentrations de 10 et 15 p. 100, et que la durée et l'efficacité du traitement n'en est pas changée.

» En 6 cas sur 8 (obs. II, III, IV, V, VII, VIII), une amélioration notable eût lieu lors des 2 premières injections, et la guérison fut établie avant la vingtième. Dans un autre cas (obs. I), où l'on observa pas d'effets aussi rapides, la guérison se produisit cependant à la vingtième injection. Enfin, le cas le plus rebelle (obs. VI) guérit au cours de la troisième série de 10 injections.

» Il faut aussi noter que les mouvements choréiques de la langue furent les plus rebelles (obs. I et II); dans ces deux cas également, il y eut des récidives : au bout d'un mois et demi pour le II et de trois mois pour le I. Rien de pareil ne s'observa dans les autres cas, où la guérison resta acquise.

» On pourrait objecter que le traitement intraveineux chez les enfants n'est pas un traitement de choix, car il impres-

sionne plus les familles que les malades, et aussi pour des considérations que nous ne pouvons envisager ici.

» En résumé, la leçon essentielle que nous pouvons tirer de ces faits est l'action très efficace sur la chorée du salicylate de soude par voie intraveineuse. Une injection de 10 cc. de la solution à 10 p. 100 chaque deux jours amène la guérison en un laps de temps plus court que cela ne s'observe dans les guérisons spontanées et aussi dans des cas qui furent rebelles au traitement arsenical. L'amélioration de l'état général et la régression des symptômes de la maladie dès les premières injections le montrent bien. Durant le traitement, nous n'avons jamais eu d'accidents. »

En France, le Docteur Quinquaudon, médecin des hôpitaux et chargé de cours de clinique des maladies du système nerveux à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, publie, dans le *Journal médical français* d'octobre 1930, un article intitulé : « Quelques considérations sur le traitement de la chorée de Sydenham ». Il dit en parlant de la médication salicylée intraveineuse dans la chorée :

« Cette méthode ne nous a donné jusqu'ici, ainsi qu'aux médecins qui ont bien voulu l'employer, que des succès dans un nombre de cas malheureusement trop restreint. Voici deux cas pris à dessein parmi des cas de chorée dite rhumatismale, dont l'aspect clinique permettait d'éliminer l'encéphalite (obs. IX et X).

» La gravité de ces deux cas et le désir d'arriver à un résultat aussi rapide que possible nous avaient fait adjoindre l'arsylène au salicylate. On pouvait donc attribuer les heureux résultats obtenus aussi bien à ce dernier médicament.

» Des recherches faites dans ce sens, notamment la thèse soutenue devant la Faculté de Lyon par Mlle Blanche Wasmer, ont montré l'efficacité de l'arsylène et ne permettaient pas d'étudier la part revenant au salicylate de soude dans les premiers cas étudiés par nous. Il semble cependant que dans nos observations l'amélioration a été plus rapide que dans les observations de Mlle Wasmer, et cette amélioration en

quatre ou cinq jours, suivie de guérison complète en moins de quinze, dans des cas aussi graves, nous avait impressionné. Depuis, le traitement par le salicylate de soude seul a été repris par plusieurs médecins, et les résultats ont été les mêmes. Amélioration immédiate dès la seconde ou la troisième injection. Guérison rapide dans un délai de une à deux semaines. Absence de récidives, même chez les malades ayant présenté des formes à répétition.

» Doses légères du médicament, les doses les plus fortes ayant été de 1 gramme par jour chez les adultes. La seule objection qui nous paraisse possible contre ce traitement, dont l'inocuité semble absolue, est la difficulté que l'on rencontre parfois, surtout chez les enfants, à pratiquer les injections intraveineuses. Nous ne pensons pas qu'il y ait là une raison suffisante pour faire écarter une méthode qui paraît donner de si brillants résultats dans une affection dont les complications sont souvent si redoutables.

» Faut-il employer le salicylate seul ou l'associer aux arsenicaux? Il semble que les résultats obtenus par l'association avec l'arsylène aient été parfaits. Dans les cas traités par le salicylate seul, la guérison a été néanmoins rapide et définitive. »

D'autres médecins nous citent des cas de guérison par le salicylate de soude administré simplement par voie buccale :

Obs. XI : M. le Professeur Jean Tapie (de Toulouse);

Obs. XII : Mlle le Professeur agrégé Condat (de Toulouse);

Obs. XIII : M. Marfan;

Obs. XIV : Apert et Rouillard.

Dans le service de notre maître le Professeur Cruchet, le traitement courant des chorées est un traitement par le salicylate de soude intraveineux : on fait une série d'injections quotidiennes d'une solution de salicylate à 10 %, additionnée

de 5 % de glucose, d'une manière décroissante à partir d'une dose de 1 gramme ou de 75 centigrammes de salicylate.

1^{er} jour : le malade reçoit 1 gramme;

2^e jour : il reçoit 0 g. 75;

3^e jour : il reçoit 0 g. 60;

4^e, 5^e, 6^e, 7^e jours : il reçoit 0 g. 50;

jours suivants : il reçoit 0 g. 25.

Ces injections n'ont jamais donné lieu à des incidents. Les résultats obtenus sont très satisfaisants : dès les premières injections, la tachycardie diminue d'une façon très nette et tombe presque à la normale, la fièvre diminue également (obs. A); le cœur est favorablement influencé, le souffle d'endocardite ne se constitue pas. Dans l'observation A, il y a même une régression notable de la lésion cardiaque; enfin les mouvements choréiques s'atténuent très vite et disparaissent ensuite rapidement. La guérison complète est à peu près de règle vers le quinzième jour. Pas de récidives dans les observations actuelles.

L'ensemble de ces guérisons par le salicylate doit nous faire admettre l'action salulaire de ce médicament sur la chorée, quel qu'en soit l'agent pathogène. Cette médication étant une des moins toxiques de toutes celles que l'on a préconisées, il semble qu'elle mérite d'être systématiquement essayée dans tous les cas en premier lieu.

OBSERVATIONS

OBSERVATION A (Inédite).

(Service de M. le Professeur CRUCHET.)

T... (Gisèle), 8 ans. Née à terme, nourrie au sein. Gastro-entérite de la première enfance. A 2 ans, coqueluche et rougeole. Aucune maladie infectieuse récente, jamais de douleur articulaire.

Père et mère sont bien portants; quatre frères, également en bonne santé.

Vers le début de novembre 1929, l'enfant commence à présenter quelques changements dans son caractère: elle devient un peu grognon, facilement irritable, et cesse de s'amuser. Puis, quelques jours après, apparaît un fait nouveau: on constate qu'elle remue d'une façon constante son bras droit et que ces mouvements sont suffisants pour l'empêcher de se servir utilement de sa main, en particulier elle est obligée de se servir de sa main gauche pour manger. Deux jours après, les mouvements s'étendent au membre inférieur droit et gênent la marche. Puis les mouvements se généralisent assez vite aux quatre membres et à la face; ils sont devenus alors intenses, ne cessant que quand l'enfant dort et empêchant tout mouvement fait dans un but précis. C'est ainsi que, si l'enfant essaie de manger, elle laisse constamment tomber cuiller et fourchette. Depuis cinq jours, on est obligé de la faire manger. La marche est également très défectueuse: ce sont des chutes constantes.

C'est dans ces conditions que l'enfant est amenée à la consultation et qu'on l'admet dans le service.

A son entrée dans le service, on est frappé par l'état d'agitation constante que présente la malade, agitation surtout marquée à la tête et aux membres supérieurs.

La tête roule sur l'oreiller, se penche en avant, en arrière, tandis que le visage est sans cesse modifié par des grimaces : ouverture et fermeture des yeux, déviation en tous sens de la bouche, mais ces mouvements ne sont pas systématisés et atteignent indistinctement tous les muscles.

Les membres supérieurs sont sans cesse agités : extension, flexion des différents segments les uns sur les autres, une main saisit le bras opposé, puis, brusquement, se porte sur le sommet de la tête, de là retombe sur le lit, etc. En somme, mouvements continuels, variant d'un instant à l'autre, accomplis avec une certaine brusquerie et entravant les mouvements volontaires.

On est frappé, par contre, par le calme absolu des membres inférieurs, qui reposent sur le lit; c'est seulement à l'occasion d'un mouvement volontaire que l'on voit s'y surajouter quelques gestes involontaires.

Lorsqu'on commande à l'enfant de rester tranquille, elle obéit pendant une ou deux minutes au maximum, puis les grimaces et la gesticulation désordonnée reprennent de plus belle. Le sommeil seul procure le repos à la petite malade.

L'état général est bon, le visage bien coloré. L'enfant ne se plaint de rien. La température oscille depuis l'entrée entre 37°3 le matin et 37°6 le soir.

Le système nerveux est exploré en détail :

La force est conservée aux membres supérieurs. Les mouvements volontaires sont difficiles : si l'enfant tente de déplier un papier plié, elle est rendue très maladroite par une foule de mouvements inutiles qui se surajoutent. Ni paralysie ni contracture des membres inférieurs, qui accomplissent bien les mouvements volontaires, malgré quelques mouvements surajoutés.

La sensibilité superficielle est conservée, à la piqure, à la chaleur, à la pression. La sensibilité osseuse est aussi intacte.

Les réflexes pupillaires sont normaux pour la lumière et l'accommodation. Les réflexes tendineux sont difficiles à interpréter par suite des mouvements involontaires, ils semblent cependant normaux. Le réflexe cutané abdominal est vif, le réflexe plantaire est impossible à interpréter : le gros orteil se met tantôt en flexion,

tantôt en extension sans que l'on puisse distinguer les mouvements réflexes des mouvements involontaires.

La marche s'est bien améliorée pendant les deux jours de repos, l'enfant s'avance d'un pas rapide, sans faux pas ni chute.

Le cœur ne présente aucun souffle d'endocardite orificielle; le pouls est bien frappé, il est à 70.

Dans les autres appareils rien d'anormal.

Le traitement institué fut le salicylate de soude en ingestion à la dose de 3 grammes par jour en prises fractionnées. L'évolution fut longue, près de deux mois, mais la guérison fut complète, sans lésion cardiaque ni séquelle d'aucune sorte.

Cette fois-ci le salicylate de soude donné par voie buccale a paru n'avoir aucune action sur l'évolution même des accidents cardiaques; mais, malgré l'allure particulièrement sévère de la maladie, aucun trouble cardiaque n'apparut.

C'est alors qu'en présence des résultats excellents obtenus par la méthode des injections intraveineuses de salicylate de soude chez les rhumatisants nous nous sommes promis de soigner à l'avenir de cette sorte les chorées qui entreraient dans le service, dans l'espoir d'exercer, cette fois, une action non pas seulement sur les troubles cardiaques, mais encore sur l'évolution même des accidents.

Ont été ainsi soignés les malades des observations B et C.

OBSERVATION B (Inédite).

(Service de M. le Professeur CRUCHET.)

L... N... (Geneviève), 8 ans. Bons antécédents héréditaires et collatéraux. Nourrie au sein jusqu'à 18 mois. A marché à 14 mois. Elle fut souvent malade : eczéma du nouveau-né; rougeole avec broncho-pneumonie à 1 an 1/2; coqueluche à 6 ans; diphtérie à 7 ans.

Elle rentre à l'hôpital le 6 janvier 1931, envoyée par son médecin pour une seconde atteinte de chorée.

Cette enfant avait présenté dans les premiers mois de 1930 une chorée typique soignée par les traitements habituels mais jamais

complètement guérie; elle avait gardé des troubles marqués du caractère et quelques petits mouvements désordonnés.

Au début de décembre, rechute. La mère se décide alors à l'amener à l'hôpital.

A son entrée, l'enfant présente des mouvements arythmiques désordonnés, surtout marqués aux membres supérieurs. Ces mouvements sont involontaires et gênent considérablement l'enfant : elle ne peut, par exemple, s'habiller, éprouvant une grosse difficulté à se chausser. L'appareil circulatoire est lésé. Le cœur présente des lésions marquées d'endocardite; un souffle mitral énergique siège à la pointe et se propage vers le creux axillaire. Il existe une tachycardie prononcée; le pouls se tient continuellement autour de 120 pulsations à la minute.

Rien à signaler au point de vue nerveux ni dans les autres appareils.

La malade fut soignée par le salicylate de soude, administré par la voie intra-veineuse à partir du 12 janvier, après avoir reçu 4 grammes par jour pendant les premiers jours de salicylate de soude, donné par voie buccale. Du 12 au 24 janvier, l'enfant reçoit neuf injections intraveineuses de salicylate de soude, allant en décroissant de 75 centigrammes à 25 centigrammes.

Les bons résultats de ce traitement furent évidents. La tachycardie diminua très rapidement. A la quatrième injection, le pouls oscille entre 70 et 80; le souffle s'atténue également et ne se propage plus.

Les mouvements choréiques disparaissent à peu près complètement et l'enfant cesse d'être insupportable.

Le 4 février, les mouvements ont complètement disparu.

La guérison peut être considérée comme presque intégrale.

OBSERVATION C (Inédite).

(Service de M. le Professeur CRUCHET.)

C... (Roger), 6 ans. Né à terme, nourri au sein. Antécédents héréditaires et collatéraux bons. Coqueluche, rougeole, diphtérie, à 4 ans 1/2.

Vu à la consultation du 27 janvier 1934.

L'enfant présente une chorée et rentre à l'hôpital.

Rien dans les différents appareils; aucun signe d'atteinte du cœur; on observait des mouvements choréiformes nets.

On donna au malade 4 grammes le premier jour, puis 6 grammes les trois autres jours.

La guérison semble alors si nette que les parents retirent l'enfant de l'hôpital.

Depuis, aucune rechute, ni rien d'anormal.

OBSERVATION I.

(Docteur LAFORA.)

C... (C.), 17 ans. Troisième attaque de chorée (les deux premières remontent à 3 ans et durèrent trois à quatre mois). Actuellement est atteint de chorée depuis mai 1927 et se présente à la consultation le 16 décembre 1927.

Traitement salicylé intraveineux.

Le 28 janvier 1928, à la fin de la première série, ne présentait plus d'agitation. A la fin de la seconde série, guérison, bien qu'elle ait présenté un léger gonflement articulaire.

OBSERVATION II.

(Docteur LAFORA.)

G... (C.), 10 ans. Hémichorée droite depuis plus de deux mois. A la fin de la seconde série d'injections, guérison de sa chorée. Grosse amélioration avec les deux premières injections.

OBSERVATION III.

(Docteur LAFORA.)

S... (R.), 11 ans. Chorée généralisée depuis plus d'un mois. Très grosse amélioration à la seconde injection.

OBSERVATION IV.

(Docteur LAFORA.)

G... (T.), 23 ans. Mouvements athétosiques des quatre extrémités à la suite d'une encéphalite au cours de sa première enfance. C'est sa seconde attaque de chorée, et, avec cinq injections de 10 cc. de la solution à 10 p. 100, les mouvements disparurent complètement. Les mêmes mouvements reprirent lors d'une seconde atteinte et augmentèrent. Actuellement, bien améliorée par le traitement.

OBSERVATION V.

(Docteur LAFORA.)

G... (T.), 12 ans. Seconde attaque de chorée. N'avait reçu que cinq injections que l'amélioration était telle qu'on pouvait le considérer comme pratiquement guéri.

OBSERVATION VI.

(Docteur LAFORA.)

A... (L.), 8 ans. Chorée généralisée depuis un mois. A la troisième série de 10 injections, guérison, bien que la langue hésite encore un peu. Un mois après, seconde attaque plus intense de chorée généralisée, à laquelle on appliqua le même traitement.

OBSERVATION VII.

(Docteur LAFORA.)

G... (R.), 7 ans. Depuis deux ans, mouvements choréiformes légers.

Grande amélioration avec les premières injections. Le traitement fut continué par la Liqueur de Fowler, à cause de la difficulté de l'injection intraveineuse. Guérison.

OBSERVATION VIII.

(Docteur LAFORA.)

N... (M.), 8 ans. Le 22 octobre 1926, hémichorée droite traitée par le violet de gentiane intraveineux à 1 p. 100. S'améliore à la

troisième injection de 10 cc. La guérison est achevée par du sulfate de magnésie intraveineux.

Le 16 janvier 1929, se présente à la consultation parce que, depuis une semaine, il est plus nerveux et a la langue morte. On observe des mouvements choréiques de la langue et de la main droite. Peu de jours après, on commence le traitement par le salicylate de soude intraveineux, et, en trois injections, son état était tel que la famille, croyant à la guérison, voulait l'emmener.

OBSERVATION IX.

(Docteur QUINQUANDON.)

L... (Alice) est une jeune femme de 18 ans. Ses antécédents héréditaires nous sont peu connus. Elle prétend cependant qu'il n'y a eu chez ses ascendants aucune trace de névrose. Par contre, ses antécédents personnels sont chargés : elle aurait été atteinte, à l'âge de 4 ans d'une danse de Saint-Guy qui s'est, malgré les traitements, prolongée jusqu'à la puberté, c'est-à-dire 13 ans chez notre malade.

Depuis cette époque, sa santé s'était maintenue bonne, quand, vers le 15 juin 1928, elle est devenue enceinte. Dès cette époque, les mouvements choréiques ont commencé à réapparaître, pour aller en s'accroissant jusqu'au 17 juillet 1928. Traitée alors par le traitement classique, Liqueur de Boudin, elle s'est un peu améliorée, mais elle a présenté des douleurs articulaires, améliorées par le salicylate, et un peu d'assourdissement des bruits du cœur.

A son entrée dans le service, le 29 août 1928, l'incoordination est extrême. Elle rendait la marche à peu près impossible. La malade commençait, il est vrai, à manger seule, mais non sans répandre sur son lit les trois quarts des aliments, et surtout des boissons. Les mouvements se produisaient sans interruption, le visage était grimaçant, les mouvements des pieds et des mains presque incessants, la marche entrecoupée de chutes, les réflexes légèrement exagérés. Il y avait un peu d'assourdissement des bruits du cœur. Le caractère était aigri, difficile, et l'attention très diminuée.

La malade est mise au lit et le traitement commencé. Il consiste

en une injection chaque jour : un jour de salicylate, un jour d'arsylène. En huit jours, les signes régressent rapidement. En quinze jours, toute trace de l'affection a disparu. Nous avons, depuis, suivi la malade, nous lui avons même fait subir une seconde série d'injections. Il n'y a aucune trace de récidence.

OBSERVATION X.

(Docteur QUINQUANDON.)

B... (Elisa), a 18 ans. Elle n'a pas connu ses parents et nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Avant sa dernière maladie, elle n'avait eu aucune affection grave. Peut-être cependant une légère déformation nasale éveillerait-elle l'idée d'une spécificité héréditaire. C'est à une émotion (contrariété vive) qu'elle fait remonter la cause des troubles dont elle a été atteinte et la disparition des règles, qui s'est produite en même temps. Elle n'est pas enceinte. Depuis quelque temps déjà, elle avait maigri, son caractère s'était modifié, et il est probable que c'est plutôt dans ces signes précurseurs de la chorée qu'il faut voir la cause de ses discussions avec la femme qui lui avait servi de mère. Il est à supposer qu'elle a pris l'effet pour la cause. Quoi qu'il en soit, le 15 août, le 15 août dernier, les règles ne reparaisaient pas et les mouvements incoordonnés faisaient, au contraire, leur apparition. Combattus par les traitements classiques (Liquueur de Boudin), ils allaient en s'accroissant jusqu'au 4 octobre, date où la malade entre dans le service. A cette époque, les troubles sont beaucoup plus marqués que chez l'autre malade. La marche est tout à fait impossible, la malade a la plus grande peine à aller jusqu'au bout de son lit en se retenant à lui.

Couchée, elle présente des mouvements incoordonnés qui sont incessants. Elle symbolise le mouvement perpétuel. Les grimaces du visage et de la bouche sont telles que la parole hachée et trémulante est incompréhensible et que la malade ne peut répondre aux questions. Il va sans dire que la malade ne peut manger seule et que, même à l'aide d'une infirmière, l'alimentation est très diffi-

cile. Il faut, en effet, saisir une demi-seconde d'immobilité pour introduire dans la bouche les aliments, trop heureux quand un mouvement brusque ne rejette pas au loin la cuiller et son contenu. Si la malade essaie de prendre un vêtement, ses doigts le déchirent et arrachent les boutons qu'ils ont la prétention de boutonner.

Dès son arrivée elle est soumise au traitement qui avait si bien réussi à sa compagne, et, au bout de quatre ou cinq jours, un mieux très net apparaît. La malade parle et mange. Bientôt, elle mange seule, et, quinze jours après, elle ne présente plus la trace de son affection. Depuis elle paraît guérie. Il n'a pas été fait de traitement ovarien.

OBSERVATION XI.

(Professeur Jean TAPIE, Toulouse.)

M... (Lucie), 18 ans. Rien dans ses antécédents jusqu'en janvier 1926. A ce moment, mastoïdite à la suite d'une angine. Trépanation. Trois semaines après, crise de rhumatisme articulaire aigu : quelques jours après suit une crise de chorée qui rétrocede.

Le 19 mars, crise de rhumatisme. Guérison en quinze jours par le salicylate.

Le 22 avril, nouvelle crise de chorée aiguë après quelques douleurs articulaires. Rentre à l'hôpital.

La malade présente une chorée généralisée : la tête et les membres sont sans cesse agités de mouvements désordonnés. Il lui est impossible de marcher, de boire et de manger seule. L'état général est mauvais. La température oscille entre 38 degrés et 38°4, le pouls autour de 130. Les bruits du cœur sont bien frappés, non assourdis. Il n'y a pas de souffle. Ni sucre, ni albumine.

On prescrit alors 4 grammes de salicylate de soude par jour. Le lendemain, la température tombe à 37°3 le matin, 36°5 le soir; le pouls est à 110, puis 95 et suit l'abaissement de la température. Au bout de cinq jours, les mouvements ayant à peu près rétrocedé, on baisse la dose de salicylate de 1 gramme. La malade commence à s'alimenter.

On maintient la dose de 3 grammes pendant trois jours, puis on donne 2 grammes pendant six jours, enfin 1 gramme pendant huit jours.

A noter que depuis la défervescence du début, la température oscille entre 36 et 36°6.

La malade sort guérie.

OBSERVATION XII.

(Mlle le Professeur agrégé CONDAT, Toulouse.)

Fillette S..., 10 ans.

Pas de rhumatisme dans ses antécédents.

Depuis quelques jours, la petite malade a des crises, fait des grimaces et des mouvements désordonnés.

Appelée le 7 novembre 1919, Mlle le Docteur Condat diagnostiqua une chorée apyrétique classique.

Rien à l'examen des articulations.

Rien du côté du cœur.

On prescrit le repos au lit et le régime lacté.

Le 8 novembre, la malade absorbe 4 grammes de Liqueur de Bondin et on augmente la dose de 4 grammes par jour jusqu'à 20 grammes.

L'amélioration habituelle se produit. On allait commencer les doses décroissantes quand, le 12 novembre, apparaît la fièvre avec des vomissements, qui auraient été mis sur le compte de l'intolérance médicamenteuse, s'il n'était apparu simultanément un gonflement douloureux de l'épaule droite qui s'étendit le lendemain à l'autre épaule, aux coudes, aux poignets, aux genoux.

Le 13 novembre, la température dépasse 39 degrés, on supprime la Liqueur de Boudin et on prescrit 3 grammes de salicylate de soude pendant cinq jours, puis 2 grammes, enfin 1 gramme pendant des périodes équivalentes.

Les fluxions articulaires diminuent rapidement, la température baisse, le 15 novembre, les douleurs sont très atténuées, mais un souffle mitral apparaît, et l'insuffisance se constitue.

Le 20 novembre, pas d'amélioration du cœur, les mouvements choréiques continuent à diminuer sous l'influence du traitement salicylé.

Le 28 novembre, guérison, mais le souffle d'insuffisance persiste.

OBSERVATION XIII.

(M. MARFAN.)

Fillette de 8 ans, atteinte de chorée depuis trois mois. Un an auparavant, symptômes douloureux articulaires aux membres inférieurs.

Cœur : Légère hypertrophie du ventricule gauche et souffle d'insuffisance mitrale.

Traitement : Repos absolu au lit dans une obscurité relative.

Pendant cinq jours, trois paquets par jour :

Salicylate de soude	0 g. 50
Aspirine	0 g. 40

Amélioration rapide.

Pendant les mois qui suivent, M. Marfan prescrit les mêmes paquets pendant quelques jours par mois.

OBSERVATION XIV.

(APERT et ROUILLARD.)

M... Louise fut amenée dans le service le 14 décembre 1912.

Elle présentait des mouvements choréiques généralisés, des plus violents. Les membres, la face et aussi le tronc et le bassin étaient agités de mouvements continuels.

Examen difficile. Le dos, les coudes, les mollets, sont couverts d'excoriations multiples dues au frottement continu du corps sur le drap. Début d'escarre au sacrum. Température, 36°8.

On diagnostique une syphilis secondaire (leucoplasie linguale, syphilide labiale). Bordet-Wassermann positif.

On institue un traitement mercuriel et de l'iode.

Le 13 décembre : 38°2 le matin, 38°8 le soir; pouls 140; pas de phénomènes méningés.

Les jours suivants l'état général est toujours très grave. L'escarre sacrée se constitue. Température à 39 degrés. Agitation continuelle. Hallucinations.

Ponction lombaire : liquide clair, sans tension, sans lymphocytose, un peu d'albumine. Bordet-Wassermann positif.

Le 19 décembre, apparaît un souffle du premier temps à la pointe.

Le 21, le souffle s'accroît. L'état est de plus en plus grave.

Administration de 4 grammes de salicylate de soude par jour.

Le 23, la température descend à 37 degrés; les mouvements choréiques sont continuels, mais moins intenses. Plus de crises de délire, mais une prostration physique et intellectuelle s'établit. La température remonte à 39 degrés, car une double parotidite s'est constituée. On supprime le mercure et l'iode. On continue le salicylate, et les tuméfactions parotidiennes disparaissent en trois jours.

Dans les jours suivants, les mouvements choréiques sont de moins en moins violents, mais l'état général est des plus graves et est compliqué par l'escarre large comme la paume de la main.

Température, 39. Pouls, 160. Respiration, 18.

Au début de janvier 1931, la mort semble imminente. Nausées, vomissements, demi-coma.

Mais les jours suivants, l'état s'améliore, la température descend à 37 degrés et s'y maintient. Plus de mouvements choréiques, mais une atonie musculaire absolue et généralisée.

L'amélioration fut lente, l'état mental redevint normal, et la maladie guérit parfaitement, conservant toutefois ses lésions mitrales.

CONCLUSIONS

I. — A l'heure actuelle, il est admis par tous les auteurs que la chorée est la localisation sur les centres nerveux supérieurs d'un virus filtrant; ce virus étant soit celui du rhumatisme articulaire aigu, soit celui de l'encéphalite, soit un virus neurotrope spécifique très voisin des deux premiers.

II. — Le salicylate de soude, médicament anti-infectieux très actif, agissant bien sur l'encéphalite épidémique, spécifique du traitement du rhumastisme, devait donc logiquement être essayé dans le traitement de la chorée.

III. — Les observations et publications déjà parues sur ce sujet et celles recueillies dans le service de notre maître le Professeur Cruchet reconnaissent tous cette efficacité. Pour cela, le salicylate de soude en injection intraveineuse semble mieux agir.

IV. — Les injections intraveineuses de salicylate de soude à 5 p. 100 additionnée de 5 p. 100 de glucose sont sans danger. Dès les premières injections, une amélioration notable est observée au point de vue cardiaque en même temps que l'intensité des mouvements diminue.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

R. CRUCHET.

V U E T P E R M I S D ' I M P R I M E R .

Bordeaux, le 14 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT et ROUILLARD. — Chorée et syphilis. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 14 fév. 1913, p. 389.
- AYDILLO (Lopez). — *El Siglo medico*, 6 avril 1929, p. 59. Service neuropsychiatrique du Docteur Lafora, Notes cliniques.
- BABONNEIX (L.). — Les chorées. Flammarion, 1924.
- *Paris médical*, 1923, n° 40.
- *Monde médical*, 1925, n° 677.
- Une maladie qui n'est pas morte. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 sept. 1925.
- BABONNEIX et LÉVY. — *Monde médical*, fév.-mars 1925.
- BOURGUIGNON. — Coup d'œil sur l'état de la thérapeutique en ce qui concerne la chorée. *Bull. de thérap.*, 30 sept. 1858.
- BOUTEILLE. — Traité de la choré ou danse de Saint-Guy, 1810.
- CADET DE GASSINCOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 1882. *C. R. à la Soc. méd. des hôp.; Bulletin médical*, 1891.
- CAMBRIÉS. — Etiologie de la chorée. Thèse Montpellier, 1915.
- COMBY. — *Union médicale*, 7 mars 1893.
- Société médicale des hôpitaux, séance du 7 fév. 1913.
- DERSELBE. — Traitement de la chorée. *Union médicale*, nov. 1893.
- DRESH. — *Journal des praticiens*, 1909, p. 410.
- DUJARDIN-BEALMETZ. — Leçons de clinique thérapeutique, 1888, 5^e édit., t. III, p. 223.
- JOFFROY (A.). — De la nature et du traitement de la chorée (leçon du 28 fév. 1885). *Progrès médical*, n° 22, 1885.
- HUTINEL et BABONNEIX. — Les chorées dans les maladies des enfants, 1909.
- LAZARE-MEYSONNIER. — Cours de médecine en français, 1678.

- LHERMITTE et P. PAGNIEZ. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 3 juill. 1929, p. 945.
- *Encéphale*, janv. 1930. Anatomie et physiologie pathologique de la chorée de Sydenham.
- LOUBET. — Considérations pratiques et critiques sur la chorée de Sydenham. Thèse Toulouse, 1912.
- MAMONOFF (Mlle). — Thèse de Lyon, 1900.
- MEYER. — Thèse de Bâle, 1894.
- MOITY (M.). — Du cœur dans la chorée de Sydenham. Paris, 1892.
- NOBÉCOURT, JANET, GARCIN, KERMORGANT. — Académie de médecine, séance du 7 juillet 1925.
- OLLIVIER. — *Bull. de thérap.*, 1889, p. 481. Extrait des leçons cliniques sur les maladies des enfants.
- QUINQUANDON. — *Journ. méd. franç.*, oct. 1930, p. 405. Quelques considérations sur le traitement de la chorée de Sydenham.
- ROGER (Henri). — Recherches cliniques sur la chorée, sur le rhumatisme et sur les maladies de cœur chez les enfants. *Archives médicales*, 1866.
- SCROEDER. — Observation on the étiology and pathology of chorea minor. *Journal of American Médical Association*, 15 juillet 1922.
- SÉE (G.). — De la chorée. *Archives de médecine*, 1850.
- SIMON (J.). — Nature et traitement de la chorée. *Bulletin médical*, 1891.
- SYDENHAM. — Lettre touchant une nouvelle sorte de fièvre qui parut en 1865.
- TIREL. — Chorée de Sydenham. Traité Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. Paris, 1923.
- TRIBOULET (H.). — Thèse Paris, 1893.
- TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, 3^e édit., 1868.

